

ESSAI

N^o 11.

SUR

LA PNEUMONITE AIGÜE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 17 janvier 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR L. - O. - J. LEIGNEL, de Lille,

Département du Nord;

Bachelier ès-lettres; Chirurgien Aide-Major au soixante-deuxième
régiment d'infanterie de ligne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n^o. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, <i>Président.</i>
Physique médicale	PELLETAN, <i>Examinateur.</i>
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	{ MARJOLIN.
	{ JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL, <i>Examinateur.</i>
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	{ LEROUX.
	{ FOUQUIER.
	{ BOUILLAUD.
	{ CHOMEL, <i>Examinateur.</i>
Clinique chirurgicale	{ BOYER.
	{ DUBOIS.
	{ DUPUYTREN, <i>Suppléant.</i>
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS

MESSIEURS

BAUDELLOCQUE.	GERDY.
BAYLE, <i>Suppléant.</i>	GIBERT, <i>Examinateur.</i>
BLANDIN.	HATIN, <i>Examinateur.</i>
BOUVIER.	LISFRANC.
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
COTTEREAU.	ROCHOUX.
DANCE.	SANDRAS.
DEVERGIE.	TROUSSEAU.
DUBLED.	VELPEAU.
DUBOIS.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Piété filiale.

A MONSIEUR GODÉLIER,

Docteur en médecine; ancien Chirurgien principal d'armée; Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de La Rochelle; Chevalier de la Légion-d'Honneur; Membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Témoignage de reconnaissance.

L.-O.-J. LEIGNEL.

ESSAI

SUR

LA PNEUMONITE AIGÜE.

Synonymie.

LA pneumonite est une des maladies qui ont le plus fixé l'attention des médecins tant anciens que modernes : elle a été tour à tour décrite sous les noms de *péripneumonie*, de *pulmonie*, de *pneumonie*, de *pleuro-pneumonie*, de *fièvre pneumonique*, et enfin de *fluxion de poitrine*, nom sous lequel les hommes étrangers à l'art de guérir la désignent encore aujourd'hui.

Définition.

Les auteurs ont défini la pneumonite, l'*inflammation du parenchyme pulmonaire* ; mais cette définition, qui indique la nature de la maladie, est insuffisante à l'égard de son siège. En effet, il n'est pas raisonnable de croire que toutes les parties qui entrent dans la composition du poumon soient de suite envahies par l'inflammation, comme semble l'indiquer la définition ; et un examen attentif du

principal symptôme du premier degré de cette maladie doit suffire pour le démontrer.

Le symptôme le plus évident par lequel l'engouement inflammatoire se manifeste, celui qui est pour ainsi dire caractéristique du premier degré de l'affection qui nous occupe, est sans contredit le râle crépitant; mais qui peut donner lieu à ce râle, si ce n'est le passage de l'air à travers le sang, ou du moins à travers des mucosités sanguinolentes? Or, ce passage ne peut avoir lieu que dans les bronches, donc ce sont les bronches qui sont primitivement affectées dans cette maladie; elle n'est donc autre que la bronchite diffuse, et n'est plus dangereuse que parce qu'elle a son siège dans des parties plus profondes et d'une texture plus délicate.

Cette maladie, comme toutes les autres phlegmasies, peut se montrer sous forme aiguë ou chronique, envahir les deux poumons à la fois, se borner à un seul, ou n'occuper qu'un seul lobe ou même un seul lobule. Toutes ces variétés sont utiles à connaître, non-seulement pour établir le pronostic, mais encore pour diriger le traitement.

Tous les âges et les deux sexes peuvent en être atteints; cependant on a remarqué que les années qui suivent la puberté, et le sexe masculin, y sont plus sujets que les autres époques de la vie, et surtout que les femmes, ce qu'on ne peut raisonnablement attribuer qu'au genre de vie différent que mènent l'un et l'autre sexe.

Causes.

Les causes de la pneumonite sont prédisposantes et occasionelles :

Les premières sont une conformation vicieuse de la poitrine, la présence de tubercules dans les poumons, l'habitude des hémoptysies, la gêne de la respiration produite par l'ossification des cartilages des côtes, la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, l'hiver ou le printemps, l'habitation dans les pays froids et surtout dans les lieux secs et élevés, une constitution sanguine, cer-

taines professions , comme celles de chanteur , de crieur public , d'avocat , de boulanger , de forgeron , et enfin toutes celles qui obligent ceux qui les exercent à demeurer exposés aux intempéries de l'air.

Au nombre des secondes , on peut mettre les plaies pénétrantes et les fortes contusions de la poitrine , l'exposition au froid le corps étant en sueur , les boissons froides prises dans les mêmes circonstances , les exercices violens des organes respiratoires , les cris , les chants , la déclamation , une course rapide contre la direction des vents , l'inspiration de vapeurs irritantes , les métastases de maladies aiguës , telles que les dartres , la rougeole , la variole , la scarlatine , la goutte , la suppression du flux menstruel ou hémorrhoidal , ou celle d'un exutoire ancien ; enfin les grandes opérations chirurgicales.

La pneumonite succède aussi très-ordinairement à la bronchite , qui alors augmente d'intensité et devient diffuse.

Il est facile de voir que ces différentes causes peuvent également donner lieu à d'autres maladies , et les circonstances qui font que sous leur influence la pneumonite se déclare de préférence tiennent évidemment à des conditions organiques qui , le plus souvent , échappent à la sagacité du médecin le plus instruit.

On tomberait dans une grande erreur si on croyait que l'action d'une ou de plusieurs de ces causes doive toujours précéder l'invasion de la pneumonite. En effet , il n'est pas rare de trouver des malades qui ne peuvent soupçonner aucune cause appréciable des symptômes qu'ils éprouvent : or , dans ces cas , n'est-il pas juste de conclure que la pneumonite s'est développée sous l'influence d'une disposition intérieure , occulte , à la vérité , mais dont l'existence ne peut être révoquée en doute.

Cette maladie peut se reproduire plusieurs fois dans le cours de la vie , et il n'est pas de praticien qui n'ait eu à traiter des malades chez qui elle s'était déjà montrée précédemment.

J'ai dit plus haut que la disparition d'un exanthème cutané aigu donnait souvent naissance à la pneumonite ; cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi : souvent la disparition de l'exan-

thème est l'effet et non la cause de cette maladie ; et toutes les fois que la cutite aiguë se flétrit ou ne se développe pas complètement , on peut soupçonner la préexistence d'une pneumonite. L'erreur où on est tombé provient de ce qu'en pareil cas la pneumonite , au lieu d'avoir des signes bien marqués , ne se manifeste que par une simple dyspnée.

Invasion et symptômes.

Quelle que soit la cause , l'invasion de la pneumonite a lieu de diverses manières ; le plus ordinairement le malade est pris par un frisson plus ou moins violent , suivi d'une douleur pongitive profonde dans un côté du thorax , et rarement dans les deux. Le plus ordinairement le frisson précède la douleur ; quelquefois cependant le contraire a lieu ; dans d'autres cas même , on n'observe ni l'un ni l'autre , et l'invasion de la maladie est seulement annoncée par la dyspnée et par la toux.

Lorsque la pneumonite succède à une bronchite aiguë , alors de deux choses l'une : ou bien aux signes de la bronchite viennent se joindre une oppression plus ou moins marquée et une douleur dans un des points du thorax , qui se fait particulièrement sentir à la fin de l'expiration ; ou bien il n'y a ni douleur ni oppression , et les symptômes de la bronchite aiguë paraissent seuls augmentés : dans ce cas , il faut , avant de porter son jugement , interroger la poitrine au moyen de la percussion et de l'auscultation.

Quel qu'ait été le mode d'invasion de la pneumonite , elle présente dans sa marche trois degrés qui sont caractérisés par des symptômes différens , d'autant plus utiles à connaître qu'ils peuvent faciliter le pronostic de la maladie , et que lorsqu'elle se termine d'une manière funeste on trouve dans l'organe des altérations diverses , mais toujours en rapport avec l'état de la maladie.

Ces trois degrés sont : 1°. l'engouement inflammatoire du poulmon , 2°. l'induration rouge ou hépatisation , et 3°. l'induration grise. Ce dernier degré correspond à la suppuration.

Le premier degré ou le simple engouement inflammatoire s'annonce par une douleur large et profonde, qui se fait principalement sentir à la fin de l'expiration, et qui augmente par la percussion et la pression intercostale, ainsi que par l'expiration profonde et la toux ; la gêne de la respiration l'accompagne ; elle est haute ; l'expiration n'est jamais bien complète ; elle est difficile, quelquefois laborieuse, inégale et précipitée. Ce phénomène n'est pas toujours constant, et quelquefois le malade ne s'aperçoit d'aucune gêne dans l'acte respiratoire.

Le malade est ordinairement couché sur le dos ; l'air qu'il expire est plus chaud que dans l'état normal, et ceci, joint au sentiment de chaleur qu'il éprouve, lui fait désirer vivement les boissons froides.

La toux, d'abord sèche, s'accompagne, du deuxième au troisième jour, de crachats d'abord muqueux, qui deviennent bientôt visqueux, et dont la couleur varie ensuite suivant la quantité de sang qu'ils contiennent.

Dès le début de la phlegmasie, la sonorité de la poitrine n'est pas altérée, mais plus tard le son devient mat dans l'endroit affecté ; la respiration puérile se fait entendre dans le lieu qui doit devenir le siège de l'inflammation, et y est bientôt remplacée par le râle crépitant, tandis qu'elle continue à se montrer dans le poumon resté intact et dans la portion encore saine du poumon malade.

Il y a en outre de la fièvre, avec exacerbation le soir ; le pouls est inégal, plein et fréquent ; quelquefois cependant il est petit et serré. La peau est chaude et halitueuse ; les urines sont rares et déposent un sédiment briqueté ; la face est rouge, les yeux sont animés.

Cet état peut durer plus ou moins long-temps ; mais si la maladie n'est pas enrayée par un traitement convenable, ou si elle est négligée, on ne tarde pas à voir paraître les symptômes du deuxième degré.

Dans cet état, la gêne de la respiration persiste, la matité du son devient de plus en plus complète, le râle crépitant disparaît, et le bruit respiratoire ne se fait plus entendre. La respiration devient de plus en plus gênée, courte, accélérée ; le malade ne peut prononcer

que quelques mots entrecoupés , encore ne le fait-il qu'en haletant ; on n'entend plus le râle crépitant ni le bruit respiratoire dans l'endroit induré , tandis que la respiration puérile continue à être perçue dans les parties saines. Si la portion indurée avoisine des tuyaux bronchiques , on entend une résonnance exagérée de la voix.

Dans ce second degré , deux caractères sont toujours évidens : des crachats visqueux , demi-transparens , rouillés , tellement adhérens , que , lorsqu'ils ne sont pas en trop grande quantité , ils ne se détachent pas du vase lorsqu'on le renverse ; le décubitus continue à avoir lieu sur le dos.

Les symptômes généraux s'exaspèrent ; le pouls est plein , fort et fréquent ; la langue est rouge à sa pointe et sur ses bords , ou rouge dans toute son étendue et d'une manière uniforme ; la chaleur se circonscrit dans la région thoracique ; la peau est moins halitueuse , plus sèche ; les exaspérations le soir sont plus marquées , et souvent accompagnées de délire.

Tels sont , en général , les symptômes que l'on observe dans le deuxième degré ; mais il s'en faut de beaucoup qu'ils soient constans , et l'on voit quelquefois les phénomènes généraux s'effacer entièrement , tandis que , dans d'autres circonstances , le pouls se déprime seulement , sans perdre de sa fréquence.

Le malade succombe souvent avant l'apparition du troisième degré ; mais , lorsqu'il se déclare , on le reconnaît aux phénomènes suivans :

La douleur de côté diminue ; les mouvemens respiratoires deviennent de plus en plus petits , faibles , difficiles. La nature de l'expectoration varie : tantôt elle ne présente pas d'autre caractère que ceux de l'induration rouge ; d'autres fois elle est grise , purulente , ou bien elle ressemble à une épaisse solution de gomme colorée en rouge ou à du jus de pruneaux ; quelquefois elle est tout à fait nulle.

Les lèvres et la face commencent à se décolorer , et n'offrent plus tard qu'une extrême pâleur. Il y a des sueurs nocturnes , surtout du cou et du front ; le pouls est mou et ondulé , et enfin la respiration puérile cesse de se faire entendre dans les parties saines.

Diagnostic.

Le diagnostic de la pneumonite est facile dans le plus grand nombre des cas ; cependant il en est où il faut beaucoup d'attention pour la reconnaître. Lorsque l'inflammation d'un organe étranger a produit un degré extrême d'affaiblissement musculaire ou de stupeur cérébrale, alors l'invasion, au lieu d'être marquée par une réaction plus ou moins vive, ne l'est que par une prostration subite, bientôt suivie de la mort.

Chez les individus phthisiques ou affectés d'anévrysmes, l'invasion de la pneumonite, qui survient le plus ordinairement dans ces circonstances, n'est caractérisée par aucun symptôme qui puisse la faire reconnaître à travers ceux qui sont habituels aux deux autres maladies : elle n'est annoncée que par une augmentation dans la dyspnée et l'oppression ; mais comme ces symptômes peuvent très-bien appartenir à la maladie primitive, le diagnostic est d'autant plus difficile que les signes que donnent en pareil cas la percussion et l'auscultation sont de nulle valeur en raison de la désorganisation du tissu pulmonaire.

Lorsque la pneumonite n'occupe qu'un lobule situé profondément, qu'elle se montre chez les enfans ou les vieillards, le diagnostic peut encore devenir très-difficile.

Quelquefois la pneumonite existe sans aucun des signes qui la caractérisent, et le malade peut n'offrir qu'un mouvement fébrile, augmentant le soir et surtout la nuit ; dans ce cas, on procède au diagnostic par voie d'exclusion, en constatant l'état normal des autres organes, et en s'aidant des circonstances commémoratives.

Les maladies qui ont le plus de ressemblance avec la pneumonite sont le catarrhe pulmonaire, la pleurite et l'œdème du poumon ; mais ces différentes affections sont faciles à reconnaître au moyen de la percussion et de l'auscultation.

Prognostic.

Le pronostic de la pneumonite est d'autant plus grave que l'organe ne pouvant point souffrir de repos, la phlegmasie fait souvent des progrès rapides. En général, il varie suivant l'âge des individus, le degré et le siège de la maladie, et les complications qu'elle peut offrir.

La pneumonite qui attaque les enfans et les vieillards est souvent mortelle; il en est de même de celle qui se montre chez les individus affaiblis par d'autres maladies. L'inflammation du lobe supérieur amène plus souvent la mort que celle qui occupe la base.

L'engouement inflammatoire ne se termine par la mort que lorsqu'il occupe toute la poitrine; l'induration rouge qui a son siège dans une partie un peu étendue de l'organe est toujours très-dangereuse, et il est très-rare que les malades échappent lorsque le troisième degré a paru; cependant les exemples de pus qui s'est amassé dans une seule cavité, et qui ensuite s'est fait jour à travers les bronches, ne peuvent point permettre de douter de la possibilité de la guérison.

En général, on peut espérer la guérison chez les individus dans la force de l'âge, chez lesquels la phlegmasie n'existe qu'au premier degré, ou bien chez qui l'induration rouge n'occupe qu'une petite étendue de l'organe : hors ces cas, la maladie est toujours très-dangereuse.

Marche, durée, complication et terminaison.

La marche de la pneumonite est ordinairement très-rapide; elle fait quelquefois périr les sujets dans un temps très-court par une véritable apoplexie pulmonaire; elle est loin de parcourir régulièrement toutes ses périodes : tantôt elle passe du degré de simple engouement à celui de ramollissement gris, et ce passage peut avoir lieu en quarante-huit heures; tantôt le premier degré est à peine ap-

préciable, qu'on voit se manifester les symptômes de l'induration rouge.

Sa durée est très-variable; elle peut se terminer du septième au vingt-unième jour, et se prolonger bien au-delà de ce terme : on a fait beaucoup de recherches à ce sujet, mais elles n'ont pu amener de résultat rigoureux, attendu qu'il est souvent très-difficile, surtout dans les hôpitaux, où ces recherches sont possibles, de connaître au juste l'époque de l'invasion de la maladie.

La pneumonite se montre rarement seule; les maladies qui la compliquent le plus ordinairement sont les autres phlegmasies des voies aériennes, surtout la bronchite, la pleurite avec ou sans épanchement, la phthisie pulmonaire; elle peut encore marcher conjointement avec une cardite, une péricardite, une congestion ou une phlegmasie cérébrale, une gastrite, une gastro-entérite, une hépatite, une duodénite. Dans tous ces cas, les symptômes de la maladie qui l'accompagne masquent le plus ordinairement les signes caractéristiques, et c'est alors qu'on observe les pneumonites latentes signalées par les auteurs.

La pneumonite peut se terminer, 1°. par résolution, 2°. par induration, 3°. par suppuration, 4°. par gangrène, et 5°. par la mort.

La résolution est la terminaison la plus heureuse et celle que l'on doit toujours chercher à obtenir; elle n'a lieu que dans le premier et le deuxième degré, et ne s'observe jamais dans le troisième.

Lorsqu'elle a lieu dans l'engouement inflammatoire, les mouvemens respiratoires reprennent leur étendue naturelle; la poitrine récupère sa sonorité, le bruit respiratoire reparait, le râle crépitant cesse de se faire entendre, la douleur devient de plus en plus obscure, les crachats redeviennent muqueux, et le mouvement fébrile cesse par degrés.

Lorsque la résolution arrive dans le cas d'hépatisation, la maladie repasse au degré d'engouement; elle suit une marche rétrograde; la résonnance exagérée de la voix disparaît; le cylindre dénote le retour du râle crépitant, d'abord seul, puis mêlé au bruit d'expansion pul-

monaire. Quatre ou cinq jours après, la percussion confirme les signes fournis par le cylindre, et fait connaître la sonorité des parois thoraciques.

La résolution peut être imparfaite : alors il y a persistance du râle crépitant et de la difficulté de respirer ; mais lorsqu'elle devient complète, le râle crépitant disparaît entièrement, les crachats repassent à l'état catarrhal, l'expectoration devient facile et s'accompagne de râle muqueux ; la fièvre diminue et finit par cesser entièrement.

Lorsque la terminaison par induration a lieu, les phénomènes généraux disparaissent, la respiration devient plus libre, la fièvre diminue ou disparaît, la toux est beaucoup moins fréquente, l'expectoration est nulle ; on n'entend plus la respiration puérile, il semble que l'organe se soit habitué à la suspension d'action de la partie affectée ; cependant le son est toujours mat, la respiration reste nulle dans l'endroit induré, et l'on entend toujours la résonnance de la voix.

Les signes de la terminaison par suppuration ne sont autres que ceux de l'induration grise, et ont été donnés lorsque nous avons exposé les symptômes de cet état de la maladie.

La gangrène du poumon, que quelques auteurs ont considérée comme une variété de cette maladie, est une terminaison commune aux trois degrés que nous avons décrits ; les caractères qui la font présumer sont vagues : les plus certains sont la fétidité de l'haleine, l'odeur caractéristique des crachats, analogue à celle d'un membre sphacélé, leur couleur d'un gris sale ou verdâtre. Quant aux autres signes, la dépression du poulx, le froid des extrémités, l'abolition de la chaleur locale, la prostration des forces, il ne suffisent pas pour affirmer que la gangrène a lieu. Cette terminaison est fort rare, attendu qu'une inflammation assez vive pour amener ce résultat produit souvent la mort avant de lui permettre de se montrer.

La mort est rarement la suite du simple engouement inflammatoire du poumon, à moins que la maladie n'occupe tout l'organe ; elle succède bien plus souvent à l'hépatisation, et est une suite presque certaine de l'induration grise.

Nécropsie.

Les caractères anatomiques du premier degré de la pneumonie s'observent toutes les fois qu'une phlegmasie très-étendue enlève le malade, ou toutes les fois que la pneumonite paraît à la fin d'une phlegmasie gastrique ou cérébrale qui s'est terminée d'une manière funeste.

Dans ce premier degré, le poumon présente une couleur violacée ou vermeille; il est plus pesant que dans l'état naturel, sans néanmoins se précipiter au fond de l'eau; il est d'une consistance moins ferme; la crépitation est moindre que dans l'état naturel; on sent au tact que le poumon est plus plein de liquide que d'air; lorsqu'on l'incise, la surface de l'incision est d'un rouge plus ou moins foncé ou livide; il s'en écoule un liquide séro-sanguinolent, spumeux, ordinairement très-abondant. Lorsqu'on enlève une tranche du poumon, qu'on la lave à plusieurs reprises et qu'on la presse, on finit par la débarrasser du liquide qu'elle contient; on la rend crépitante, décolorée, et elle ne contraste plus avec les parties saines du poumon.

On a prétendu qu'il était difficile, dans certains cas, de déterminer si les caractères de l'engouement annonçaient une inflammation préalable; qu'ils pouvaient être l'effet de la congestion sanguine qui a lieu avant la mort, et même d'une congestion cadavérique. Il est facile de répondre à cette assertion; car, outre les symptômes de la maladie qu'on a pu observer, on peut interroger la sérosité spumeuse sanguinolente, et plus encore la friabilité augmentée du poumon, qui sont autant de signes qui ne permettent pas de confondre l'engouement inflammatoire avec l'engouement cadavérique, ou celui qui a lieu au moment de la mort.

Les caractères anatomiques du second degré sont les suivans : la surface extérieure du poumon est moins rouge que dans le premier degré; il est marbré et présente en général l'aspect du foie; il est dense, compacte et plus pesant que l'eau. Dans cette altération pathologique, la trace des tuyaux bronchiques est effacée; les pou-

mons, pressés entre les doigts; ne crépitent plus; coupés par tranches, il s'en écoule un liquide trouble, peu abondant; souvent même aucun liquide ne découle de la surface incisée, et ce n'est qu'en soumettant la tranche à une pression modérée qu'on fait tomber quelques gouttelettes de liquide. Le poumon paraît plus volumineux que dans l'état naturel, et présente l'impression des côtes; il est très-facile à déchirer, et offre alors un aspect granuleux.

Le passage du deuxième au troisième degré est marqué par des taches jaunes, qui se confondent par des teintes insensibles avec les parties enflammées au premier ou deuxième degré.

Dans le troisième degré parfaitement établi, le poumon est plus pesant, plus friable, moins crépitant, et granuleux comme dans le second; il présente une coloration d'un vert sale ou d'un jaune paille; à l'incision, il s'en écoule un liquide trouble, opaque, visqueux, purulent, presque inodore, et qui n'a aucun des caractères du pus ordinaire. Quelquefois ce liquide ne s'écoule pas à la simple incision, et ce n'est qu'en comprimant et en raclant avec le scalpel qu'on l'obtient par gouttelettes. Les granulations sont grisâtres, la suppuration est le plus ordinairement diffuse, il y a infiltration de tout le tissu cellulaire du poumon, et il est extrêmement rare que le pus se rassemble en foyer.

La gangrène du poumon est extrêmement rare; elle est circonscrite ou diffuse.

La gangrène diffuse occupe une étendue considérable d'un lobe pulmonaire, quelquefois un lobe tout entier; elle se présente sous l'aspect suivant: le tissu pulmonaire est plus humide; sa couleur varie depuis le blanc verdâtre jusqu'au jaune terreux; il s'en écoule, lorsqu'on l'incise, une sanie fétide analogue à celle des gangrènes qui affectent les parties extérieures.

La gangrène circonscrite est plus commune; elle se présente sous forme d'escharre grisâtre ou noirâtre, ferme ou tombant en déli-

quium, exhalant une odeur fétide, et entourée de parties dont le tissu est ordinairement sain ou simplement engoué.

Traitement.

La pneumonie est de toutes les inflammations celle qui, par l'importance de l'organe affecté, et par la rapidité de sa marche, réclame le traitement le plus actif et le plus énergique. Se contenter de soustraire le malade aux circonstances qui ont amené la maladie, de prescrire le repos, des boissons émollientes et la diète, attendre, en un mot, serait adopter une méthode meurtrière.

La saignée générale est le remède le mieux indiqué ; elle n'a pas seulement pour effet de débilitier l'économie, mais elle diminue encore l'action fonctionnelle et procure une sorte de repos à l'organe. Mais faut-il y avoir recours dans toutes les périodes de la maladie ? et quand faut-il s'en abstenir ? Ici les opinions ont été partagées : en général elle est d'autant mieux indiquée que la maladie est plus récente, qu'elle est encore au degré d'engouement ; cependant il ne faut pas y renoncer quand l'invasion date de quelques jours, ou lorsqu'elle est parvenue à l'état d'induration rouge ; elle est toujours indiquée lorsque le pouls est plein, fort et fréquent, et il faut moins consulter l'âge et la constitution du sujet que les phénomènes généraux, et surtout que la dyspnée.

La faiblesse et la dépression du pouls ne la contre-indiquent pas toujours ; cette faiblesse n'est souvent qu'apparente, et il se relève et prend de la force après la saignée.

La veine doit être ouverte largement, car plus l'écoulement est rapide, plus le soulagement est marqué. La saignée peut être répétée un plus ou moins grand nombre de fois, suivant la violence des symptômes, et on ne doit laisser entre elles que peu d'intervalle. La persistance de la gêne de la respiration et du râle crépitant, et la présence de la couenne inflammatoire, sont des signes qui indiquent qu'elle doit être renouvelée.

On combattra la douleur de côté par des sangsues appliquées en grand nombre immédiatement après la saignée, ou même lorsque la veine coule encore.

Il est rare que dans la pneumonite aiguë on ait recours aux ventouses et au vésicatoire ; ce dernier n'est indiqué que lorsque le sujet a été affaibli par des saignées générales et locales, et que la douleur et la toux persistent. On l'applique sur le point douloureux, et on le fait suppurer plus ou moins long-temps.

Les moyens dépressifs qui secondent les émissions sanguines sont, l'immobilité, le silence, les boissons mucilagineuses et gommeuses, une température douce, les fomentations et les cataplasmes émolliens, et la diète la plus absolue. La diète est d'autant plus utile qu'elle empêche le sang de récupérer les matériaux qu'on lui a soustraits, et qu'elle s'oppose à la distension de l'estomac, qui augmenterait encore la gêne de la respiration.

Lorsque la violence de l'inflammation a cédé aux saignées générales et locales, et aux autres moyens ci-dessus indiqués, on peut prescrire au malade des boissons expectorantes, telles que les décoc-tions de lierre terrestre, de polygala sénéka, et les potions kermétisées et oxymellées, et insister sur ces moyens jusqu'à guérison radicale.

Telle est la méthode de traitement employée contre la pneumonite; elle est sans contredit la plus suivie, mais elle n'est pas la seule, et l'émétique à dose vomitive et même à haute dose a encore été employé contre cette affection.

Le premier mode d'administration peut avoir eu des succès quand la maladie était compliquée d'embarras gastrique; mais le second, surtout porté à dose effrayante comme l'a fait *Razori*, doit être nécessairement très-pernicieux, et s'il est des hommes assez heureusement constitués pour résister à un tel remède, le plus grand nombre en deviendraient victimes. Ce moyen ressemble beaucoup à l'emploi du bain très-chaud, qui tue lorsqu'il ne guérit pas

Pour nous résumer, nous dirons que les méthodes perturbatrices sont dangereuses, qu'elles conduisent fréquemment à des résultats funestes, et que si elles ont eu quelques succès, on peut les considérer comme des exceptions à la règle générale, et en rapporter les causes à l'heureuse constitution des personnes traitées.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect. 1, aph. 6.*

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid., aph. 8.*

III.

Lassitudines sponte abortæ morbos denuntiant. *Sect. 2, aph. 5.*

IV.

Acuti morbi in quatuordecim diebus judicantur. *Ibid., aph. 23.*

V.

Juvenibus autem, sanguinis spuitiones, tabes, febres acutæ, epilepsiæ, et cæteri morbi, maximè verò suprâ nominati. *Sect. 3, aph. 29.*

VI.

Sudores frigidi, cum acutâ quidem febre evenientes, mortem; cum mitiore verò, morbi longitudinem significant. *Sect. 4, aph. 37.*

VII.

In febribus, ex somnis pavores, aut convulsiones, malum. *Ibid., aph. 67.*